«Согласовано»
Председатель ПК
ГБОУ «ДАТ «Солнечный город»
Минпросвещения КБР
_____ М.М. Кокова
«20» 12 2022г.

«Утверждаю»
Директор
ГБОУ «ДАТ «Солнечный город»
Минпросвещения КБР
_____ М.Х. Арипшев
«20» 12 2022г.

Инструкция № 70
по оказанию первой помощи при несчастных случаях

1. Общие требования

1.1. Настоящая инструкция по оказанию первой помощи при несчастных случаях разработана для ГБОУ «ДАТ «Солнечный город» Минпросвещения КБР (далее – Учреждение) в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011г № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в редакции от 10 апреля 2022 года, Приказом Минздравсоцразвития России от 04.05.2012г № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи» с изменениями на 7 ноября 2012 года, с учётом материалов Учебного пособия для лиц, обязанных и (или) имеющих право оказывать первую помощь «Первая помощь», рекомендованного Координационным советом по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» для использования в образовательных учреждениях, Письмом Министерства Здравоохранения № 16-2/И/2-4677 от 30.05.2019г.

1.2. Данная инструкция по оказанию первой помощи в Учреждении составлена для изучения всеми сотрудниками приёмов и способов оказания первой помощи при отсутствии сознания у пострадавших, остановке дыхания и кровообращения, нарушении проходимости дыхательных путей, при наружных кровотечениях и травмах тела, ожогах, перегревании и переохлаждении, отравлении.

1.3. Первая помощь до оказания медицинской помощи оказывается при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, лицами, обязанными оказывать первую помощь в соответствии с федеральным законом или со специальным правилом и имеющими соответствующую подготовку.

1.4. Настоящей инструкцией по оказанию первой помощи в Учреждении следует руководствоваться во время обучения сотрудников оказанию первой помощи пострадавшим, а также при непосредственном оказании помощи обучающимся (воспитанникам) и работникам при возникновении несчастного случая.

1.5. При несчастном случае следует оказать первую помощь пострадавшему согласно инструкции, вызвать на место происшествия медицинского работника Учреждения или, если это не повлечёт дальнейшего травмирования органов и тканей, транспортировать пострадавшего в медицинский пункт, при необходимости вызвать «скорую медицинскую помощь» (доставить пострадавшего в медицинское учреждение).

1.6. Первую помощь потерпевшему необходимо оказывать под руководством одного человека, так как различные советы окружающих, суета, споры и растерянность могут привести к потере драгоценного времени. В тоже время вызов скорой медицинской помощи или, если это возможно, доставка потерпевшего в медицинское учреждение должны осуществляться немедленно.

1.7. Каждый работник должен изучить настоящую инструкцию по охране труда, быть обучен оказанию первой помощи, а в определённых помещениях Учреждения, или иной организации должна находиться медицинская аптечка, укомплектованная согласно перечню (Приложение 1).

1.8. Оказывающий первую помощь должен знать:

– основы оказания первой помощи пострадавшему;

– признаки (симптомы) повреждений жизненно важных органов организма;

– правила, способы и приёмы оказания первой помощи в зависимости от каждой конкретной ситуации;

– все возможные способы перемещения пострадавшего.

1.9. Оказывающий первую помощь должен быть обучен:

– определению состояния пострадавшего, выполнению диагностики вида и особенностей поражения (травмы), подбору вида требуемой первой помощи, порядку проведения необходимых действий;

– правильному выполнению всего комплекса экстренной реанимационной помощи, выполнению контроля над эффективностью и, если это необходимо, корректировке реанимационных действий, учитывая состояние пострадавшего;

– остановке кровотечения путём наложения жгута, давящих повязок и т. д.;

– наложению повязок, косынок, транспортных шин при переломах костей, вывихах, тяжелых ушибах;

– оказанию помощи в случае поражения электрическим током, в случае теплового, солнечного удара и острых отравлений;

– применению подручных средств оказания первой помощи, для переноса, погрузки, транспортировки пострадавшего;

– пользованию аптечкой первой помощи.

2. Понятие первой помощи и перечень состояний, при которых оказывается

2.1. Первая помощь определяется как комплекс мероприятий, направленных на поддержание жизни и здоровья, оказываемых до оказания медицинской помощи пострадавшим при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях, угрожающих их жизни и здоровью, участниками оказания первой помощи.

2.2. Цель оказания первой помощи – устранение явлений, угрожающих жизни, а также – в предупреждении дальнейших повреждений и возможных осложнений.

2.3. Первая помощь оказывается при следующих состояниях пострадавших:

– отсутствие сознания;

– остановка дыхания и кровообращения;

– наружные кровотечения;

– наличие инородных тел в верхних дыхательных путях;

– травмы различных областей тела;

– ожоги, эффекты воздействия высоких температур, теплового излучения;

– отморожение и другие эффекты воздействия низких температур;

– отравления.

2.4. Сотрудники и работники Учреждения), не имеющие медицинского образования, не имеют права на оказание медицинской помощи.

3. Необходимые мероприятий по оказанию первой помощи

3.1. Оказывать первую помощь необходимо в соответствии с Универсальным алгоритмом оказания первой помощи.

3.1.1. Оценка обстановки и устранение угрожающих факторов.

3.1.2. Определение наличия сознания у пострадавшего. Если сознание есть, то переходим к пункту 3.1.3, если нет – к пункту 3.1.7.

3.1.3. Восстановление проходимости дыхательных путей и определение наличия дыхания. Если дыхания нет, то переходим к пункту 3.1.4, если есть – к пункту 3.1.6.

3.1.4. Вызов скорой медицинской помощи по номеру 03 (103 или 112).

3.1.5. Проведение сердечно-легочной реанимации. Если появились признаки жизни, то переходим к пункту 3.1.6.

3.1.6. Поддержание проходимости дыхательных путей.

3.1.7. Обзорный осмотр пострадавшего и временная остановка наружного кровотечения.
3.1.8. Подробный осмотр на предмет травм и других состояний, вызов скорой медицинской помощи (если она не была вызвана ранее), выполнение необходимых мероприятий первой помощи.
3.1.9. Придание пострадавшему оптимального положения тела
3.1.10. Контроль состояния пострадавшего, оказание психологической поддержки.
3.1.11. Передача пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи (осуществляется при прибытии бригады), другим специальным службам.
3.2. Согласно Универсальному алгоритму первой помощи необходимо выполнить следующие мероприятия (действия).
3.2.1. Мероприятия по оценке обстановки и обеспечению безопасных условий для оказания первой помощи:
- определить угрожающие факторы для собственной жизни и здоровья;
- определить угрожающие факторы для жизни и здоровья потерпевшего;
- ликвидировать угрожающие жизни и здоровью факторы;
- прекратить действие травмирующих факторов на пострадавшего;
- определить количество пострадавших при несчастном случае;
- извлечь потерпевшего из труднодоступного места;
- переместить потерпевшего.

3.2.2. Вызвать медицинского работника Учреждения, скорую медицинскую помощь.
3.2.3. Определить наличие сознания у пострадавшего.
3.2.4. Мероприятия по восстановлению проходимости дыхательных путей и выявлению признаков жизни у пострадавшего:
- запрокинуть голову с подъёмом подбородка;
- выдвинуть нижнюю челюсть;
- установить наличие дыхания при помощи слуха, зрения и осязания;
- определить наличия кровообращения, проверить пульс на магистральных артериях.

3.2.5. Мероприятия по выполнению сердечно-легочной реанимации до появления признаков жизни:
- надавливание руками на грудину пострадавшего;
- искусственное дыхание «Рот ко рту»;
- искусственное дыхание «Рот к носу»;
- искусственное дыхание с применением устройства для искусственного дыхания.

3.2.6. Мероприятия по поддержанию проходимости дыхательных путей:
- придать устойчивое боковое положение;
- запрокинуть голову с подъемом подбородка;
- выдвинуть нижнюю челюсть.

3.2.7. Мероприятия по обзорному осмотру пострадавшего и временной остановке наружного кровотечения:
- провести обзорный осмотр пострадавшего на наличие кровотечений;
- пальцевое прижатие артерии;
- наложить жгут;
- максимально согнуть конечность в суставе;
- прямое надавливание на рану;
- наложение давящей повязки.

3.2.8. Мероприятия по подробному осмотру пострадавшего с целью выявления признаков травм, отравлений и иных состояний, представляющих угрозу его жизни и здоровью, и по оказанию первой помощи при выявлении перечисленных состояний:
- осмотреть голову, шею, грудь;
- осмотреть спину, живот и таз;
- осмотреть конечности;
- наложить повязки при травмах различных областей тела, в том числе окклюзионной (герметизирующей) при ранении грудной клетки;

– провести иммобилизацию (с помощью подручных средств, аутоиммобилизацию, с использованием изделий медицинского назначения);

– зафиксировать шейный отдел позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием изделий медицинского назначения);

– прекратить воздействие опасных химических веществ на пострадавшего (промывание желудка путем приёма воды и вызывания рвоты, удаление с поврежденной поверхности и промывание её проточной водой);

– выполнить местное охлаждение при травмах, термических ожогах и иных воздействиях высоких температур или теплового излучения;

– осуществить термоизоляцию при отморожениях и других эффектах воздействия низких температур.

3.2.9. Придать пострадавшему работнику или обучающемуся оптимальное положение тела.

3.2.10. Контролировать состояние пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение) и оказать психологическую поддержку.

3.2.11. Передать пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи, сообщив необходимую информацию.

4. Соблюдение правил личной безопасности и обеспечение безопасных условий для оказания первой помощи.

4.1. Перед началом действий на месте травмирования обеспечиваются безопасные условия для оказания первой помощи. При этом следует помнить, что может угрожать участнику оказания первой помощи, пострадавшему и очевидцам происшествия:

– поражение электрическим током;
– интенсивное дорожное движение;
– возможное возгорание или взрыв;
– поражение токсическими веществами;
– агрессивно настроенные люди;
– высокая вероятность обрушения здания или каких-либо конструкций;
– животные, насекомые и т.п.

4.2. Для снижения риска поражения необходимо, например, выключить электричество, перекрыть газ, попытаться потушить пожар, сообщить окружающим, что сейчас будет оказываться первая помощь и т.д. При наличии неблагоприятных условий следует обратиться к соответствующим службам (аварийно-спасательные службы, полиция и т.д.).

5. Способы извлечения и перемещения пострадавшего.

5.1. Экстренное извлечение пострадавших из труднодоступного места выполняется только при наличии угрозы для его жизни и здоровья и невозможности оказания первой помощи в тех условиях, в которых находится пострадавший. Во всех остальных случаях лучше дождаться приезда скорой медицинской помощи и других служб.

5.2. Если пострадавший находится в сознании, его экстренное извлечение производится так:

– руки участника оказания первой помощи проводятся под подмышками пострадавшего, фиксируют его предплечье, после чего пострадавший извлекается наружу.

5.3. Если пострадавший находится без сознания или с подозрением на травму шейного отдела позвоночника, необходимо фиксировать ему голову и шею, при этом одна из рук фиксирует за нижнюю челюсть голову, а вторая держит его противоположное предплечье.

5.4. Перемещать пострадавшего можно различными способами, зависящими от характера травм и состояния пострадавшего, количества участников и их физических возможностей:

– перемещение пострадавшего в одиночку с поддержкой используется для перемещения легкопострадавших лиц, находящихся в сознании;

– перемещение пострадавшего в одиночку волоком применяется для перемещения на близкое расстояние пострадавших, имеющих значительный вес (нежелательно использовать у пострадавших с травмами нижних конечностей);

– переноска пострадавшего в одиночку на спине используется для переноски пострадавших с небольшим весом (не применяется для пострадавших без сознания);

– переноска на руках используется для переноски пострадавших без сознания (нежелательно переносить пострадавших с подозрением на травму позвоночника);

– переноска в одиночку на плече, при этом пострадавшего придерживать за руку (не применяется при переноске с травмами груди, живота и позвоночника);

– переноска пострадавшего вдвоём на замке из четырех рук: руки берутся так, чтобы обхватить запястье другой руки и руки помощника (в замок), после чего пострадавший усаживается на него и его поднимают и переносят;

– переноска пострадавшего вдвоём на замке из трех рук с поддержкой под спину: один из участников оказания первой помощи не берёт руку в замок, а располагает её на плече у другого (переноска пострадавших, у которых есть риск потери сознания или которые не могут удержаться на замке из четырёх рук);

– переноска пострадавшего вдвоём за руки и ноги: один держит пострадавшего за предплечье одной руки, просунув руки подмышки, а другой – под колени;

– для переноски пострадавшего с подозрением на травму позвоночника необходимо несколько человек, которые под руководством одного поднимают и переносят пострадавшего, при этом один фиксирует голову и шею пострадавшего своими предплечьями. Более безопасно переносить на твёрдой ровной поверхности.

6. Оказание первой помощи при отсутствии сознания, остановке дыхания и кровообращения.

6.1. К основным признакам жизни относятся: наличие сознания, самостоятельное дыхание и кровообращение. Они проверяются в ходе выполнения сердечно-легочной реанимации.

6.2. Способы проверки сознания, дыхания, кровообращения у пострадавшего:

– для проверки сознания участник оказания первой помощи пытается вступить с пострадавшим в словесный и тактильный контакт, проверяя его реакцию на это;

– для проверки дыхания используются осязание, слух и зрение;

– отсутствие кровообращения у пострадавшего определяется путём проверки пульса на магистральных артериях.

6.3. Современный алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации (СЛР). Техника проведения давления руками на грудину и искусственного дыхания:

– проверить наличие сознания у пострадавшего, для чего аккуратно потормошить за плечи и громко спросить: «Что с Вами? Нужна помощь?»;

– при отсутствии сознания определить наличие дыхания, для чего восстановить проходимость дыхательных путей: одну руку положить на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой взять за подбородок, запрокинуть голову, поднять подбородок и нижнюю челюсть (при подозрении на травму шейного отдела позвоночника запрокидывание выполнять максимально аккуратно и щадящее);

– для проверки дыхания наклониться щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего и в течение 10 сек. попытаться услышать его дыхание, почувствовать выдыхаемый воздух на своей щеке и увидеть движения грудной клетки;

– при отсутствии дыхания вызвать скорую медицинскую помощь и приступить к проведению сердечно-легочной реанимации;

– приступить к давлению руками на грудину пострадавшего, который должен располагаться лёжа на спине на твердой ровной поверхности, при этом основание ладони одной руки помещается на середину грудной клетки пострадавшего, вторая рука помещается сверху первой, кисти рук берутся в замок, руки выпрямляются в локтевых суставах, плечи располагаются над пострадавшим так, чтобы давление осуществлялось перпендикулярно плоскости грудины;

– давление руками на грудину выполняется весом туловища участника оказания первой помощи на глубину 5-6 см с частотой 100-120 в минуту;

– после 30 надавливаний руками на грудину осуществить искусственное дыхание методом «Рот-ко-рту», для чего открыть дыхательные пути пострадавшего (запрокинуть голову, поднять подбородок), зажать его нос двумя пальцами, сделать два вдоха искусственного дыхания;

– вдохи искусственного дыхания выполняются следующим образом: сделать свой нормальный вдох, герметично обхватить своими губами рот пострадавшего и выполнить равномерный выдох в его дыхательные пути в течение 1 секунды, наблюдая за движением его грудной клетки (ориентиром достаточного объема вдуваемого воздуха является начало подъёма грудной клетки); после этого дать пострадавшему совершить пассивный выдох, после чего повторить вдох; на 2 вдоха искусственного дыхания должно быть потрачено не более 10 секунд. При этом рекомендуется использовать устройство для проведения искусственного дыхания;

– продолжить реанимационные мероприятия, чередуя 30 надавливаний на грудину с 2-мя вдохами искусственного дыхания.

6.4. Реанимационные мероприятия продолжаются до прибытия скорой медицинской помощи и распоряжения работников скорой помощи о прекращении реанимации, либо до появления явных признаков жизни у пострадавшего (появления самостоятельного дыхания, возникновения кашля, произвольных движений).

6.5. При длительном проведении реанимационных мероприятий и возникновении физической усталости привлечь помощника к мероприятиям оказания первой помощи.

6.6. В случае появления у пострадавшего с отсутствующим сознанием самостоятельного дыхания (либо если у пострадавшего без сознания, изначально имелось дыхание) необходимо придать ему устойчивое боковое положение, для этого:

– расположить ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу;

– дальнюю руку пострадавшего приложить тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего, придерживая её своей рукой;

– согнуть дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене, поставить её с опорой на стопу, надавить на колено этой ноги на себя и повернуть пострадавшего;

– после поворота пострадавшего набок слегка запрокинуть его голову для открытия дыхательных путей и подтянуть ногу, лежащую сверху, ближе к животу;

– наблюдать за состоянием пострадавшего до прибытия бригады скорой медицинской помощи, регулярно оценивая наличие у него дыхания.

6.7. Особенности СЛР у детей.

6.7.1. У детей сердечно-легочная реанимация проводится в той же последовательности, что и у взрослых, с той же частотой и тем же соотношением давления руками на грудину пострадавшего и вдохов искусственного дыхания, что и у взрослых.

6.7.2. Надавливания на грудину выполняются на глубину, равную одной трети переднезаднего размера грудной клетки (5 см. у детей старше 1 года). Давление на грудину производится одной или двумя руками (для детей старше 1 года). При проведении вдохов визуально контролировать объём вдуваемого воздуха (до начала подъёма грудной клетки).

7. Оказание первой помощи при частичном и полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей.

7.1. Определить степень нарушения проходимости верхних дыхательных путей, для чего спросить пострадавшего, подавился ли он. При частичном нарушении проходимости пострадавший отвечает на вопрос, может кашлять. При полном нарушении – пострадавший не может говорить, не может дышать или дыхание явно затруднено (шумное, хриплое), может хватать себя за горло, кивать.

7.2. При частичном нарушении проходимости предложить пострадавшему покашлять.

7.3. При полном нарушении проходимости верхних дыхательных путей предпринять меры по удалению инородного тела:

– встать сбоку и немного сзади пострадавшего ребенка (работника);

– придерживая пострадавшего одной рукой, другой наклонить его вперёд, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот пострадавшего, а не опустилось ниже в дыхательные пути;

– нанести 5 резких ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего;

– проверять после каждого удара, не удалось ли устранить нарушение проходимости;

– если после 5 ударов инородное тело не удалено, следует: встать позади и обхватить пострадавшего обеими руками на уровне верхней части живота; сжать кулак и поместить над

пупком большим пальцем к себе; обхватить кулак другой рукой и, слегка наклонив пострадавшего вперед, резко надавить на его живот в направлении внутрь и кверху; при необходимости надавливания повторить до 5 раз.

7.4. Если удалить инородное тело не удалось, необходимо продолжать попытки его удаления, перемежая пять ударов по спине с пятью надавливаниями на живот.

7.5. Если пострадавший потерял сознание – необходимо начать сердечно-лёгочную реанимацию в объёме давления руками на грудину и искусственного дыхания. При этом следить за появлением инородного тела во рту для того, чтобы своевременно удалить его.

7.6 В случае, если инородное тело нарушило проходимость дыхательных путей у тучного человека или беременной женщины, оказание первой помощи начинается также, как описано выше, с 5 ударов между лопатками. У тучных людей или беременных женщин не осуществляется давление на живот, а проводятся надавливания на нижнюю часть груди.

7.7. Если инородное тело перекрыло дыхательные пути ребёнку, то помощь оказывается похожим образом, но удары и надавливания наносятся с меньшей силой. Детям старше 1 года можно выполнять надавливания на живот над пупком, дозируя усилие соответственно возрасту. При отсутствии эффекта приступить к сердечно-легочной реанимации.

8. Оказание первой помощи при наружных кровотечениях и травмах.

8.1. Провести обзорный осмотр в течение 1-2 секунд, с головы до ног для определения признаков кровотечения, требующего скорейшей остановки.

8.2. Основные признаки острой кровопотери:

- резкая общая слабость;
- чувство жажды;
- головокружение;
- мелькание «мушек» перед глазами;
- обморок, чаще при попытке встать;
- бледная, влажная и холодная кожа;
- учащённое сердцебиение и частое дыхание.

8.3. Наружное кровотечение сопровождается повреждением кожных покровов и слизистых оболочек, при этом кровь изливается наружу в окружающую среду.

8.4. По виду повреждённых сосудов кровотечения бывают:

- артериальные (наиболее опасные) – пульсирующая алая струя крови, быстро пропитывающаяся кровью одежда пострадавшего;
- венозные (меньшая скорость кровопотери) – кровь темно-вишнёвая, вытекает «ручьем»;
- капиллярные – при ссадинах, порезах, царапинах;
- смешанные – кровотечения, при которых имеются одновременно артериальное, венозное и капиллярное кровотечение.

8.5. Способы временной остановки наружного кровотечения:

8.5.1. Прямое давление на рану. Рана закрывается стерильными салфетками или стерильным бинтом, после чего на область раны осуществляется давление рукой с силой, достаточной для остановки кровотечения. Допустимо осуществлять давление на рану рукой в медицинских перчатках.

8.5.2. Наложение давящей повязки. Осуществляется для более продолжительной остановки кровотечения. На рану кладутся стерильные салфетки из аптечки, бинт должен раскатываться по ходу движения, по окончании наложения повязку закрепить, завязав свободный конец бинта вокруг конечности. Повязка накладывается с усилием (давлением).

8.5.3. Пальцевое прижатие артерии. Позволяет быстро и эффективно останавливать кровотечение из крупных артерий. Давление осуществляется в определённых точках между раной и сердцем. Выбор точек обусловлен возможностью прижатия артерии к кости. Пальцевое прижатие артерии предшествует наложению кровоостанавливающего жгута и используется в первые секунды после обнаружения кровотечения и начала первой помощи.

Общая сонная артерия прижимается на передней поверхности шеи снаружи от гортани на стороне повреждения. Давление в указанную точку может осуществляться четырьмя пальцами одновременно по направлению к позвоночнику, при этом сонная артерия

придавливается к нему. Другой способ – давление в ту же точку большим пальцем по направлению к позвоночнику.

Подключичная артерия прижимается в ямке над ключицей к первому ребру. Осуществлять давление в точку прижатия подключичной артерии можно с помощью четырех выпрямленных пальцев. Другой способ – давление согнутыми пальцами.

Плечевая артерия прижимается к плечевой кости с внутренней стороны между бицепсом и трицепсом в средней трети плеча, если кровотечение возникло из ран средней и нижней трети плеча, предплечья и кисти. Давление на точку прижатия осуществляется с помощью четырёх пальцев кисти, обхватывающей плечо пострадавшего сверху или снизу.

Подмышечная артерия прижимается к плечевой кости в подмышечной впадине при кровотечении из раны плеча ниже плечевого сустава. Давление в точку прижатия подмышечной артерии производится прямыми, жестко зафиксированными пальцами с достаточной силой в направлении плечевого сустава. При этом область плечевого сустава пострадавшего следует придерживать другой рукой.

Бедренная артерия прижимается ниже паховой складки при кровотечении из ран в области бедра. Давление выполняется кулаком, зафиксированным второй рукой, весом тела участника оказания первой помощи.

8.5.4. Максимальное сгибание конечности в суставе. Приводит к перегибу и сдавливанию кровеносного сосуда. Для повышения эффективности в область сустава вкладывают 1-2 бинта или свернутую валиком одежду. После сгибания конечность фиксируют руками, несколькими турами бинта или подручными средствами. При кровотечениях из ран верхней части плеча и подключичной области верхнюю конечность заводят за спину со сгибанием в локтевом суставе и фиксируют бинтом или обе руки заводят назад со сгибанием в локтевых суставах и притягивают друг к другу бинтом.

Для остановки кровотечения из предплечья в локтевой сгиб вкладывают валик, конечность максимально сгибают в локтевом суставе и предплечье фиксируют к плечу в таком положении.

При повреждении сосудов стопы, голени и подколенной ямки в последнюю вкладывают несколько бинтов или валик из ткани, после чего конечность сгибают в коленном суставе и фиксируют в этом положении бинтом.

Для остановки кровотечения при травме бедра свёрток из ткани или несколько бинтов вкладывают в область паховой складки, нижнюю конечность сгибают в тазобедренном суставе (притягивают колено к груди) и фиксируют руками или бинтом.

8.5.5. Наложение кровоостанавливающего жгута. Применяется для более продолжительной временной остановки сильного артериального кровотечения. Для снижения негативного воздействия жгута на конечности его накладывают в соответствии с правилами:

- накладывать только при артериальном кровотечении при ранении плеча и бедра;
- накладывать между раной и сердцем, максимально близко к ране;
- если место наложения жгута приходится на среднюю треть плеча и на нижнюю треть бедра, следует наложить жгут выше;
- жгут накладывают только поверх одежды или тканевой (бинтовой) прокладки;
- перед наложением жгут следует завести за конечность и растянуть;
- кровотечение останавливается первым (растянутым) туром жгута, каждый последующий тур примерно наполовину перекрывает предыдущий;
- жгут не должен быть закрыт повязкой или одеждой, т.е. должен быть на виду;
- точное время наложения жгута указывают в записке, записку поместить под жгут;
- максимальное время нахождения жгута на конечности не должно превышать 60 минут в тёплое время года и 30 минут в холодное;
- после наложения жгута конечность следует иммобилизировать (обездвижить) и термоизолировать (укутать) доступными способами;
- если максимальное время наложения жгута истекло, а медицинская помощь недоступна, следует:
  - осуществить пальцевое прижатие артерии выше жгута;
  - снять жгут на 15 минут;

– выполнить лёгкий массаж конечности, на которую был наложен жгут;
– наложить жгут чуть выше предыдущего места;
– максимальное время повторного наложения – 15 минут.

В качестве импровизированного жгута можно использовать подручные средства: тесьму, платок, галстук и др. Для остановки кровотечения в этом случае из указанных материалов делается петля, закручивающаяся до остановки или значительного ослабления артериального кровотечения с помощью любого прочного предмета (деревянного прута). При достижении остановки кровотечения прут прибинтовывают к конечности.

8.6. Оказание первой помощи при носовом кровотечении:

– если пострадавший в сознании, усадить его со слегка наклоненной вперед головой и зажать ему нос в районе крыльев носа на 15-20 минут, при этом положить холод на переносицу;

– если спустя указанное время кровотечение не остановилось, вызвать скорую медицинскую помощь, до приезда которой продолжать выполнять те же мероприятия;

– если пострадавший находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, контролируя проходимость дыхательных путей, вызвать скорую медицинскую помощь.

9. Мероприятия, предупреждающие развитие травматического шока.

9.1. Травматический шок – это серьёзное состояние, причинами развития которого являются тяжёлые травмы и сильные кровотечения. Развитие травматического шока сопровождается тяжёлыми нарушениями в работе всех систем организма, вплоть до смерти пострадавшего, как на месте происшествия, так и впоследствии, на этапе транспортировки бригадой скорой медицинской помощи, а также лечения в медицинской организации.

9.2. Признаки травматического шока:

– наличие тяжёлой травмы и сильного кровотечения;
– нарушения дыхания и кровообращения (учащенное дыхание и сердцебиение);
– бледная холодная влажная кожа;
– возбуждение, сменяющееся апатией.

9.3. Мероприятия, предупреждающие развитие травматического шока:

– остановка кровотечения;
– придание пострадавшему оптимального положения тела;
– иммобилизация травмированных конечностей;
– защита от переохлаждения (укутывание подручными средствами или покрывалом спасательным изотремическим).

10. Последовательность проведения подробного осмотра пострадавшего.

10.1. Подробный осмотр производится очень внимательно и осторожно с целью выявления травм различных областей тела и других состояний, требующих оказания первой помощи.

10.2. При проведении подробного осмотра необходимо обращать внимание на изменение цвета кожи и появление на ней каких-либо образований (пузырей, кровоподтёков, опухолей), наличие ранений, инородных тел, костных отломков, деформаций конечностей и т.п.

10.3. Подробный осмотр производится в следующей последовательности:

– осматривается и аккуратно ощупывается голова для определения наличия повреждений, кровотечений, кровоподтёков;

– крайне осторожно и аккуратно осматривается шея для выявления возможных деформаций, костных выступов, болезненных мест;

– осматривается и ощупывается грудная клетка в последовательности «передняя поверхность – задняя поверхность – боковые стороны», без особой необходимости пострадавшего не поворачивают;

– осматривается живот и область таза, при этом уделяется внимание не только поиску открытых ран, но и наличию явно видимых кровоподтёков и ссадин как признаков возможной тупой травмы живота, внутренних органов и костей таза;

– осматриваются и ощупываются ноги и руки, при этом обращается внимание на их возможную деформацию как на один из признаков перелома костей.

11. Оказание первой помощи при травмах различных областей тела.

11.1. Оказание первой помощи при травмах головы.

11.1.1. Травмы головы часто сопровождаются значительным кровотечением и нарушением функции головного мозга.

11.1.2. Для черепно-мозговой травмы характерны бледность, общая слабость, сонливость, головная боль, головокружение и потеря сознания. Пострадавший может быть в сознании, но при этом не помнит обстоятельств травмы и событий, ей предшествующих.

11.1.3. Более тяжёлое повреждение мозга сопровождается длительной потерей сознания, параличами конечностей. Переломы костей черепа могут сопровождаться признаками: выделение бесцветной или кровянистой жидкости из ушей, носа; кровоподтёки вокруг глаз.

11.1.4. Первая помощь при травме головы: остановка кровотечения (наложение давящей повязки), вызов скорой медицинской помощи и контроль состояния пострадавшего.

11.1.5. Если пострадавший ребёнок или взрослый находится без сознания, следует придать ему устойчивое боковое положение, которое уменьшает вероятность западения языка и попадания рвотных масс или крови в дыхательные пути. При наличии раны и кровотечения выполнить прямое давление на рану, при необходимости – наложить повязку.

11.1.6. В случае, если у пострадавшего отмечаются признаки нарушения целостности костей черепа, необходимо обложить края раны бинтами и только после этого накладывать повязку.

11.1.7. При нахождении в ране инородного предмета нужно зафиксировать его, обложив салфетками или бинтами, и наложить повязку. Извлекать инородный предмет запрещено.

11.2. Оказание первой помощи при травмах глаза и носа.

11.2.1. При повреждениях глаз следует наложить повязку с использованием стерильного перевязочного материала из аптечки первой помощи. Повязка накладывается на оба глаза.

11.2.2. При травме носа и наружном кровотечении:

– если пострадавший в сознании, усадить его со слегка наклонённой вперёд головой и зажать ему нос в районе крыльев носа на 15-20 минут, при этом положить холод на переносицу. Если спустя указанное время кровотечение не остановилось, вызвать скорую помощь, до приезда которой продолжать выполнять те же мероприятия;

– если пострадавший без сознания, придать ему устойчивое боковое положение, контролируя проходимость дыхательных путей, вызвать скорую помощь.

11.2.3. Самостоятельное вправление переломов носа недопустимо.

11.3. Оказание первой помощи при травме шеи.

11.3.1. Для временной остановки наружного кровотечения при травмах шеи выполнить пальцевое прижатие сонной артерии, производимое на передней поверхности шеи снаружи от гортани по направлению к позвоночнику на стороне повреждения четырьмя пальцами одновременно или большим пальцем.

11.3.2. Для остановки венозного кровотечения использовать давящую повязку.

11.3.3. Фиксация шейного отдела позвоночника (вручную, подручными средствами, с использованием медицинских изделий).

11.3.4. При травме шейного отдела позвоночника с повреждением спинного мозга пострадавший может быть в сознании, но полностью или частично обездвижен. Вывихи и переломы шейных позвонков проявляются резкой болью в области шеи.

11.3.5. Смещение повреждённых шейных позвонков может привести к тяжёлым последствиям, вплоть до остановки дыхания и кровообращения. Вручную поддерживать голову в положении, ограничивающем движение, дожидаясь прибытия скорой помощи.

11.3.6. В качестве подручных средств для фиксации шейного отдела позвоночника можно использовать элементы одежды (курка, свитер и т.п.), которые оборачивают вокруг шеи, предотвращая сдавливание мягких тканей и органов шеи, но добиваясь того, чтобы края импровизированного воротника туго подпирали голову.

11.3.7. Табельные устройства для фиксации шейного отдела позвоночника (шейные воротники и шины) накладываются вдвоём, при этом один фиксирует голову и шею руками, второй располагает заднюю часть воротника на задней поверхности шеи. После этого загибает переднюю часть вперёд и фиксирует.

11.4. Оказание первой помощи при травме груди.

11.4.1. При травмах груди часто отмечаются переломы и ушибы рёбер, которые характеризуются припухлостью в месте перелома, резкой болью, усиливающейся при дыхании и изменении положения тела пострадавшего.
11.4.2. При переломах и ушибах рёбер необходимо придать пострадавшему полусидячее положение и контролировать его состояние до прибытия скорой медицинской помощи.
11.4.3. Признаками ранения груди, при котором нарушается её герметичность, является наличие раны в области грудной клетки, через которую во время вдоха с характерным всасывающим звуком засасывается воздух; на выдохе кровь в ране может пузыриться. Дыхание у пострадавшего частое, поверхностное, кожа бледная с синюшным оттенком.
11.4.4. При ранениях груди осуществляют первичную герметизацию раны ладонью, после чего накладывают герметизирующую (окклюзионную) повязку. На рану помещается воздухонепроницаемый материал (упаковка от перевязочного пакета или бинта, полиэтилен), который закрепляется лейкопластырем с незафиксированным уголком, выполняющим функцию клапана – не даёт воздуху поступать в грудную клетку и снижает избыточное давление. Другой способ – закрепление воздухонепроницаемого материала бинтом. Пострадавшему придаётся полусидячее положение с наклоном в пораженную сторону.
11.5. Оказание первой помощи при травме живота и таза.
11.5.1. Закрытая травма живота может оставаться незамеченной, пока внутреннее кровотечение не вызовет резкого ухудшения состояния. Открытая травма живота может сопровождаться выпадением внутренних органов и кровотечением.
11.5.2. Задача первой помощи при травмах живота – остановка кровотечения при открытой травме (прямым давлением на рану, наложением давящей повязки), вызов скорой медицинской помощи и контроль состояния пострадавшего до её прибытия.
11.5.3. При закрытых травмах живота жалобы на постоянную острую боль по всему животу, сухость во рту, тошноту и рвоту. Могут отмечаться признаки кровопотери: резкая общая слабость, жажда и головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, обморок (чаще при попытке встать), бледная, влажная и холодная кожа, учащённое дыхание и сердцебиение.
11.5.4. При закрытой травме живота с признаками кровопотери вызвать скорую медицинскую помощь, положить холод на живот, придать положение на спине с валиком под полусогнутыми разведенными в стороны ногами, контролировать его состояние.
11.5.5. Признаки травмы таза: боли внизу живота, кровоподтеки и ссадины в этой области. Придать пострадавшему положение на спине с валиком под полусогнутыми разведенными ногами и контролировать его состояние до прибытия скорой медицинской помощи.
11.6. Оказание первой помощи при травмах конечностей.
11.6.1. В случае повреждения кровеносных сосудов конечностей остановить кровотечение в зависимости от вида кровотечения, места ранения и наличия оснащения, используя способы: прямое давление на рану, наложение давящей повязки, пальцевое прижатие артерии, сгибание конечности в суставе, наложение кровоостанавливающего жгута.
11.6.2. В большинстве случаев вызвать и дождаться приезда скорой медицинской помощи, которая выполнит обезболивание и иммобилизацию конечности. Придерживать травмированную конечность вручную и контролировать состояние пострадавшего.
11.6.3. Если в результате особых обстоятельств предполагается транспортировка сотрудника или обучающегося, выполнить иммобилизацию поврежденной конечности – создание неподвижности повреждённой части тела подручными средствами, транспортными шинами аптечки или, используя здоровые части тела (аутоиммобилизация).
11.6.4. При иммобилизации зафиксировать минимум два сустава (один ниже, другой выше перелома). При переломе плеча и бедра надо фиксировать три сустава – плечевой, локтевой, лучезапястный или тазобедренный, коленный, голеностопный соответственно.
11.6.5. При использовании способа иммобилизации аутоиммобилизации повреждённую ногу можно прибинтовать к здоровой ноге, проложив между ними мягкий материал, повреждённую руку можно зафиксировать, прибинтовав к туловищу.
11.6.6. На область предполагаемой травмы положить холод.

11.6.7. Иммобилизацию можно проводить с помощью импровизированных шин (доска, кусок плотного картона и т.п.). Накладываются поверх одежды и обуви, без исправления положения конечности, фиксируя два или три сустава (в зависимости от места перелома).
11.6.8. Признаки вывиха: сильная боль в области пораженного сустава, нарушение двигательной функции конечности, принятие вынужденного положения конечности и деформация формы сустава, смещение суставной головки.
11.6.9. Первая помощь при вывихе: вызов скорой медицинской помощи, фиксация поврежденной конечности при помощи повязки в положении, в котором она оказалась после вывиха и придание конечности возвышенного положения. Самим вывихи не вправлять.
11.7. Оказание первой помощи при травмах позвоночника.
11.7.1. Вывихи и переломы грудных и поясничных позвонков сопровождаются болями в области повреждённого позвонка. При повреждении спинного мозга могут быть нарушения чувствительности и движений в конечностях (параличи).
11.7.2. При оказании первой помощи помнить о необходимости уменьшить подвижность позвоночника. Для этого, например, после извлечения или при перемещении пострадавший должен находиться на ровной, жёсткой, горизонтальной поверхности.
11.7.3. Перемещение или перекладывание пострадавшего следует осуществлять с помощью нескольких человек, особое внимание уделить фиксации шейного отдела позвоночника.
12. Оказание первой помощи при ожогах, электротравме.
12.1. Ожоги могут возникать под прямым воздействием на кожу:
- пламени, пара, от горячего предмета (термические ожоги);
- кислот, щелочей и других агрессивных веществ (химические ожоги);
- электричества (электроожоги);
- излучения (радиационные ожоги, например, солнечные).

12.2. Признаки поверхностного ожога: покраснение и отёк кожи в месте воздействия поражающего агента, а также появление пузырей, заполненных прозрачной жидкостью.
12.3. Глубокие ожоги проявляются появлением пузырей, заполненных кровянистым содержимым, которые могут быть частично разрушены, кожа может обугливаться и становиться нечувствительной к боли.
12.4. Первая помощь при ожогах: прекращение действия повреждающего агента (тушение огня, удаление химических веществ, прекращение действия электрического тока на организм), охлаждение обожжённой части тела под струей холодной воды в течение 20 минут (приложение холода поверх повязки или ткани).
12.5. При термическом ожоге немедленное охлаждение ослабляет боль, снижает отёчность, уменьшает площадь и глубину ожогов.
12.6. При химическом ожоге смыть вещество с поверхности кожи струей проточной воды в течение 20 минут.
12.7. Ожоговую поверхность закрыть нетугой повязкой, дать теплое питьё. Вызвать скорую медицинскую помощь в Учреждение.
12.8. Запрещается вскрывать ожоговые пузыри у детей и работников, убирать с пораженной поверхности части обгоревшей одежды, наносить на пораженные участки мази, жиры.
12.9. Электротравма возникает при прямом или не прямом контакте человека с источником электричества. Под действием тепла (джоулево тепло), образующегося при прохождении электрического напряжения по тканям тела, возникают ожоги.
12.10. В результате прямого действия тока на организм возникают общие явления (расстройство деятельности центральной нервной, сердечно-сосудистой, дыхательной систем и др.). Побочные явления (тепло, свет, звук) могут вызвать значительные изменения в организме (ослепление и ожоги вольтовой дугой, повреждение органов слуха и т. д.).
12.11. Первая помощь при электротравме:
- с целью самозащиты обмотать руки сухой тканью, надеть резиновые перчатки, встать на сухую доску и т.п.;
- освободить пострадавшего от действия электрического тока, применив подручные средства (сухую палку, веревку, доску и др.), отключив сеть и т.д.;

– при отсутствии дыхания, пульса осуществить реанимационные мероприятия;
– наложить на пораженную область стерильную повязку.

12.12. Первая помощь при ожогах верхних дыхательных путей (пострадавший находился в горящем помещении, есть кашель, одышка): вынос пострадавшего на свежий воздух, придание оптимального положения (полусидя) и вызов скорой медицинской помощи.

13. Оказание первой помощи при перегревании (тепловом ударе).

13.1. Перегревание развивается при нарушениях теплоотдачи организма вследствие длительного нахождения человека в условиях повышенной температуры окружающего воздуха (особенно в сочетании с высокой влажностью).

13.2. Признаки перегревания: повышенная температура тела, головная боль, тошнота и рвота, головокружение, слабость, потеря сознания, судороги, учащённое сердцебиение и поверхностное дыхание.

13.3. Пострадавшего переместить в прохладное место, при наличии сознания дать выпить охлаждённой воды, расстегнуть или снять одежду. Пострадавшему без сознания придать устойчивое боковое положение.

13.4. Не допускать резкого охлаждения тела пострадавшего (помещать в ванну с холодной водой). До приезда скорой медицинской помощи контролировать состояние, быть готовым к началу сердечно-легочной реанимации.

14. Оказание первой помощи при переохлаждении, отморожении.

14.1. Переохлаждение – расстройство функций организма в результате понижения температуры тела под действием холода.

14.2. Признаки переохлаждения: жалобы на ощущение холода, дрожь, озноб (в начальной стадии переохлаждения). В дальнейшем появляется заторможенность, утрачивается воля к спасению, нарушение ритма и дыхания.

14.3. При оказании первой помощи поменять одежду пострадавшего на теплую и сухую, укутать подручными средствами, переместить в теплое помещение, дать тёплое питье (если в сознании), в помещении направить на него поток теплого воздуха. Укутать спасательным изотермическим покрывалом серебристой стороной внутрь, оставив свободным лицо.

14.4. Отморожение – местное повреждение тканей, вызванное воздействием низкой температуры.

14.5. Признаки отморожения – потеря чувствительности кожи, появление на ней белых, безболезненных участков. Чаще развивается отморожение открытых участков кожи (уши, нос, щёки, кисти рук) или конечностей с нарушенным кровообращением (пальцев ног). Возможно появление «деревянного звука» при постукивании пальцем по поврежденной конечности, невозможность или затруднение движений в суставах. После согревания появляются боль, отёк, краснота с синюшным оттенком, пузыри.

14.6. Первая помощь при отморожении:

– укрыть повреждённые конечности и участки тела теплоизолирующим материалом (вата, одеяло, одежда) или наложить теплоизолирующую повязку (с помощью подручных средств), т.к. согревание должно происходить «изнутри»;
– создать обездвиженность поврежденного участка;
– переместить пострадавшего в теплое помещение, дать теплое питьё;
– пораженные участки нельзя активно согревать (опускать в горячую воду), растирать, массировать, смазывать чем-либо.

15. Первая помощь при отравлении, укусе или ужаливании.

15.1. Токсическое вещество может попасть в организм человека четырьмя путями:

– через пищеварительный тракт при попадании токсических веществ в организм через рот (лекарства, моющие средства, пестициды, грибы, растения и т.д.);
– через дыхательные пути при попадании газообразных токсических веществ в организм при вдохе (угарный газ, хлор, пары клея, красителей, растворителей);
– через кожу и слизистые оболочки посредством контакта с некоторыми растениями, растворителями и средствами от насекомых;

– в результате инъекции при попадании инъецируемых токсических веществ в организм при укусе или ужаливании насекомыми, животными и змеями, а также при введении яда, лекарства или наркотиков шприцем.

15.2. Признаки и проявления отравлений:

– особенности места происшествия – необычный запах, открытые или опрокинутые ёмкости с химическими веществами, открытая аптечка с рассыпанными таблетками, повреждённое растение, шприцы и т.д.;

– общее болезненное состояние или вид пострадавшего;

– внезапно резвившиеся тошнота, рвота, понос, боли в груди или животе;

– затруднение дыхания, потливость, слюнотечение;

– потеря сознания, мышечные подергивания и судороги, ожоги вокруг губ, на языке или на коже, неестественный цвет кожи, раздражение, ранки на ней;

– странная манера поведения человека, необычный запах изо рта.

15.3. Общие принципы оказания первой помощи при отравлении:

– прекратить поступление яда в организм пострадавшего;

– опросить пострадавшего и попытаться выяснить, какой вид отравляющего вещества был принят, в каком количестве и как давно (если ядовитое вещество неизвестно, собрать небольшое количество рвотных масс для медицинской экспертизы);

– попытаться удалить яд (спровоцировать рвоту, смыть токсическое вещество);

– оценить состояние пострадавшего при несчастном случае работника, обучающегося и оказать первую помощь, соблюдая настоящую инструкцию по оказанию первой помощи.

15.4. Первая помощь при отравлении через рот:

– удалить ядовитое вещество, для этого рекомендовать пострадавшему вызвать рвоту, выпив большое количество воды (5-6 стаканов) и надавив двумя пальцами на корень языка (не вызывать рвоту, если пострадавший находится без сознания);

– посоветовать выпить еще 5-6 стаканов воды, чтобы уменьшить концентрацию ядовитого вещества в желудке и, при необходимости, вызвать рвоту повторно;

– до прибытия скорой медицинской помощи контролировать состояние.

15.5. Первая помощь при отравлении через дыхательные пути:

– убедиться, что место происшествия не представляет опасности, при необходимости использовать средства индивидуальной защиты;

– изолировать пострадавшего от воздействия газа или паров, для этого вынести (вывести) пострадавшего на свежий воздух;

– при отсутствии сознания придать устойчивое боковое положение, а при отсутствии дыхания приступить к сердечно-легочной реанимации, при этом использовать маску с одноходовым клапаном или устройство для искусственного дыхания.

15.6. Первая помощь при отравлении через кожу:

– снять загрязнённую одежду, удалить яд с поверхности кожи промыванием;

– при наличии повреждений кожи – наложить повязку.

15.7. Первая помощь при ужаливании насекомыми и укусе змеями:

– расположить пострадавшего в горизонтальном положении и обеспечить покой;

– успокоить, придать поражённой области тела возвышенное положение;

– наложить на рану асептическую повязку (лучше со льдом);

– зафиксировать поражённую конечность, прибинтовав её к шине или туловищу;

– дать выпить пострадавшему большое количество жидкости (в несколько приемов);

– контролировать состояние пострадавшего;

– транспортировать пострадавшего исключительно в лежачем положении, если приезд скорой помощи невозможен или задерживается.

16. Оказание первой помощи при болях в области сердца, живота, судорогах.

16.1. Первая помощь в случае болей в области сердца:

– прекратить любую физическую нагрузку;

– обеспечить полный покой;

– уложить и приподнять голову пострадавшего;

- расстегнуть воротник, ослабить ремень;
- обеспечить приток свежего воздуха;
- незамедлительно вызвать скорую медицинскую помощь;
- если боли сохраняются, то транспортировку выполнять на носилках.

16.2. Первая помощь при болях в области живота, не связанных с приёмом пищи и травмой:
- исключить физические нагрузки;
- уложить пострадавшего горизонтально;
- приложить холод на область живота;
- исключить приём пострадавшим жидкости, пищи и вызвать скорую помощь.

16.3. Первая помощь при судорогах:
- придерживать голову больного;
- ввести в рот (между зубами) бинт, ложку и т. п.;
- освободить от одежды область шеи и груди;
- приложить ко лбу холодный компресс;
- когда припадок закончится уложить больного на бок и вызвать скорую помощь.

17. Оптимальные положения тела пострадавшего с травмами груди, живота, таза, конечностей, с потерей сознания, признаками кровопотери.

17.1. При травме груди расположить пострадавшего в полусидячем положении с наклоном туловища на пораженную сторону груди (опереть о стену, автомобиль и т.д.).

17.2. При травме живота и таза пострадавшему находиться в положении лежа на спине с полусогнутыми и разведенными ногами, при этом под колени подкладывается импровизированная опора – сумка, свернутая одежда.

17.3. При травмах конечностей придать удобное положение, при котором пострадавший испытывает меньше страданий (при отсутствии сознания – устойчивое боковое положение).

17.4. При сильном наружном кровотечении или с признаками кровопотери находиться в положении лёжа на спине с приподнятыми ногами, под которые подкладывается одежда.

17.5. При подозрении на травму позвоночника располагать на твердой ровной поверхности.

17.6. Пострадавших с тяжелыми травмами желательно укутать подручными средствами – одеждой, одеялом и т.д. или спасательным изотермическим покрывалом серебристой стороной внутрь, оставив свободным лицо.

18. Оказание психологической поддержки пострадавших.

18.1. Психологическая поддержка – важная часть оказания первой помощи, система приёмов, позволяющая людям без психологического образования, помочь окружающим (и себе), оказавшись в экстремальной ситуации, справиться с психологическими реакциями.

18.2. Плач – это та реакция, которая позволяет в сложной кризисной ситуации выразить переполняющие человека эмоции. Нужно дать этой реакции состояться.

18.3. Помощь при плаче:
- по возможности не оставляйте пострадавшего одного;
- поддерживайте физический контакт с пострадавшим;
- выразите человеку свою поддержку и сочувствие (словами или держа за руку);
- дайте пострадавшему возможность говорить о своих чувствах;
- воздержитесь от советов;
- если реакция плача затянулась, помогите пострадавшему отвлечься: сконцентрировать внимание на глубоком и ровном дыхании, вместе с этим выполнять любую несложную деятельность.

18.4. Истероидная реакция (истерика) имеет признаки:
- чрезмерное возбуждение;
- множество движений, театральные позы;
- эмоциональная быстрая речь;
- крики и рыдания.

18.5. Помощь при истерике:
- постарайтесь отвести пострадавшего от зрителей и замкнуть его внимание на себе;

– если зрителей удалить невозможно, постарайтесь стать самым внимательным слушателем, оказывайте человеку поддержку, слушайте, кивайте, поддакивайте;

– проявляйте спокойствие и не демонстрируйте пострадавшему сильных эмоций;

– говорите короткими простыми фразами, уверенным тоном;

– не потакайте желаниям пострадавшего и не вступайте в активный диалог;

– переключите внимание ребенка или работника при истерике, вызвав у него ориентировочную реакцию, задайте неожиданный вопрос или произнесите его имя, после чего задайте вопрос, требующий развернутого ответа;

– после истерики возможен упадок сил, поэтому следует предоставить человеку возможность отдыха, передав его специалистам, либо близким людям (родителям).

18.6. Агрессивная реакция имеет признаки:

– возбуждение;

– раздражение, недовольство, гнев (по любому, даже незначительному поводу);

– повышенное мышечное напряжение;

– нанесение окружающим ударов руками или предметами;

– словесные оскорбления, брань.

18.7. Помощь при агрессивной реакции:

– чётко оцените, насколько безопасно для вас будет оказывать помощь в данной ситуации, и что вы можете сделать для обеспечения большей безопасности;

– сохраняйте спокойствие, не демонстрируйте сильных эмоций;

– воздержитесь от эмоциональных реакций на оскорбления и брань к вам;

– говорите спокойным голосом, постепенно снижая темп и громкость своей речи;

– демонстрируйте благожелательность, не вступайте в споры и не противоречьте;

– отойдите с пострадавшим от окружающих и дайте ему возможность выговориться;

– включите пострадавшего в какую-нибудь деятельность с физической нагрузкой;

– если у пострадавшего нет цели получить выгоду от агрессивного поведения, ему важно, чтобы негативный исход не произошёл и он понимает, что негативный исход может последовать, то агрессию можно снизить, объяснив пострадавшему негативный исход подобного поведения.

18.8. Страх имеет признаки:

– напряжение мышц (особенно лицевых);

– сильное сердцебиение;

– учащённое поверхностное дыхание;

– сниженный контроль собственного поведения.

18.9. Помощь при страхе:

– быть рядом с человеком, дать ему ощущение безопасности;

– если страх парализует человека, то предложите задержать дыхание и сосредоточиться на спокойном медленном дыхании;

– когда острота страха начинает спадать, говорите с человеком о том, чего именно он боится, не нагнетая эмоции, давая возможность выговориться;

– сообщите о том, что происходит вокруг, о работе (информационный голод провоцирует усиление страха).

18.10. Апатия имеет признаки:

– непреодолимая усталость, когда любое движение, любое сказанное слово даётся с трудом;

– равнодушие к происходящему;

– отсутствие эмоциональных проявлений;

– заторможенность;

– снижение темпа речи или полное отсутствие.

18.11. Помощь при апатии:

– создайте условия, в которых пострадавший мог бы отдохнуть и набраться сил, чувствовал себя в безопасности;

– если это невозможно, помогите мягко выйти из этого состояния (самомассаж активных биологических зон – мочек ушей и пальцев рук, помогите в этом);

– говорите мягко, медленно, спокойным голосом, повышая громкость и скорость речи;

– постепенно задавайте вопросы, на которые он может ответить развернуто;

– предложите какую-либо незначительную физическую нагрузку (пройтись пешком, сделать несколько простых физических упражнений).

Составитель: специалист по ОТ и ТБ А. Калинин

Приложение 1

Требования к комплектации аптечки первой помощи

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 15 декабря 2020 г. № 1331н «Об утверждении требований к комплектации медицинскими изделиями аптечки для оказания первой помощи работникам» аптечка комплектуется медицинскими изделиями:

№ п/п	Наименование вида медицинского изделия в соответствии с номенклатурой медицинских изделий	Наименование медицинского изделия	Требуемое количество, (не менее)
1.	Маска хирургическая или маска лицевая для защиты дыхательных путей, одноразового использования	Маска медицинская нестерильная одноразовая	10 шт.
2.	Перчатки смотровые/процедурные из латекса гевеи (полихлоропрена, нитриловые, виниловые, из гваюлового латекса), опудренные, неопудренные, нестерильные. Перчатки смотровые/процедурные нитриловые, неопудренные, антибактериальные или полиизопреновые, неопудренные.	Перчатки медицинские нестерильные, размером не менее М	2 пары
3.	Маска для сердечно-легочной реанимации, одноразового использования	Устройство для проведения искусственного дыхания «Рот-Устройство-Рот»	1 шт.
4.	Жгут на верхнюю/нижнюю конечность, многоразового (одноразового) использования	Жгут кровоостанавливающий для остановки артериального кровотечения	1 шт.
5.	Рулон марлевый тканый, нестерильный. Бинт марлевый тканый, стерильный	Бинт марлевый медицинский размером не менее 5м х 10см	4 шт.
6.	Рулон марлевый тканый, нестерильный. Бинт марлевый тканый, стерильный	Бинт марлевый медицинский размером не менее 7м х 14см	4 шт.
7.	Салфетка марлевая тканая, стерильная	Салфетки марлевые медицинские стерильные не менее 16 х 14 см № 10	2 уп.
8.	Лейкопластырь кожный стандартный (гипоаллергенный, силиконовый, водонепроницаемый)	Лейкопластырь фиксирующий рулонный не менее 2 х 500 см	1 шт.
9.	Лейкопластырь для поверхностных ран антибактериальный	Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 1,9 х 7,2 см	10 шт.
10.	Лейкопластырь для поверхностных ран антибактериальный	Лейкопластырь бактерицидный размером не менее 4 х 10 см	2 шт.
11.	Одеяло спасательное	Покрывало спасательное изотермическое размером не менее 160 х 210 см	2 шт.
12.	Ножницы хирургические общего назначения, многоразового использования (для перевязочного материала, для разрезания тонкой гипсовой повязки, диссекционные)	Ножницы для разрезания повязок	1 шт.